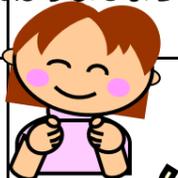
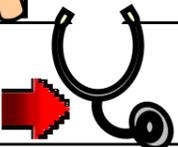
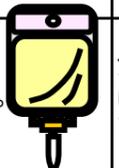


入院診療計画書（肺癌免疫療法を受けられる方へ）

ID番号: _____ 患者氏名: _____ 様 生年月日: _____ 病名(症状): _____
 入院科/病棟: _____ / _____ 主治医: _____ (印) 担当医: _____
 担当看護師: _____ 主治医以外の担当者: 薬剤師 管理栄養士

作成2016年10月21日

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
経過	 入院	 治療日 治療	治療後1日目	治療後2日目	治療後3日目	治療後4日目	 退院
目標	免疫療法の内容、副作用について理解する。	免疫療法が安全に実施できる	副作用があればすぐに報告することができる。			退院後の自宅療養の注意点について理解する。	退院し、自宅療養できる。
検査	 血液、尿検査 レントゲン検査		がんばりましょう! 			 血液、尿検査 レントゲン検査	おめでとう 
治療・処置		肺腫瘍に対する薬が入ります。					
観察	体温・脈拍・血圧測定	体温・脈拍・血圧測定 食事摂取量					
注射		点滴をします。 	食事量が少ない場合には点滴することもあります。				
食事	食事制限はありません						
生活・行動	行動制限はありません						
説明	看護師から入院生活について、説明があります。 医師と薬剤師から免疫療法の方法、副作用について説明があります。		身体状態に変化がある場合には申し出て下さい。			退院後の自宅療養での注意点についての説明があります。	

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。
 注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。
 ご不明な点は遠慮なくスタッフにお尋ねください。

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

年 月 日

特別な栄養の必要性 有 ・ 無

高齢者総合評価の実施 有 : 無

総合的な 機能評価	基本的な生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	気分・心理状態	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察

説明者

説明を受けた人

続柄

()

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
 パス承認番号 (No. 83) 承認年月日 (2016年11月20日)